



REVISTA ARGENTINA DE ANESTESIOLOGÍA

www.elsevier.es/raa



CASO CLÍNICO

Manejo anestésico durante cesárea en una paciente con miocardiopatía dilatada. Reporte de caso

María Fernanda Petetta^{c,*}, Victoria Soledad Martínez^b, Carlos Quiroga^a
y Georgina Mazzarini^a

^a Médico anestesiólogo, HIGA Dr. José Penna, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina

^b Médico residente de Anestesiología, HIGA Dr. José Penna, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina

^c Residente de Anestesiología, HIGA Dr. José Penna, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina

Recibido el 27 de junio de 2016; aceptado el 5 de octubre de 2016

PALABRAS CLAVE

Miocardiopatía dilatada;
Embarazo de alto riesgo

Resumen

Objetivos: Describir el manejo anestésico durante cesárea en una paciente con miocardiopatía dilatada.

Materiales y métodos: Se describe una paciente de 35 años cursando su 33ª semana de gestación con el antecedente de miocardiopatía dilatada del periparto que requirió la finalización del embarazo por descompensación de su enfermedad. Se realizó una anestesia combinada espinal/epidural.

Resultados: En el intraoperatorio, la paciente presentó un evento hipotensivo a causa de la pérdida hemática al momento del alumbramiento. Dicho evento fue manejado exitosamente, sin el desarrollo de complicaciones posteriores. Posteriormente ingresó a la unidad coronaria estable hemodinámicamente y fue dada de alta a las 72 h.

Discusión: Mientras sea posible la realización de un bloqueo neuroaxial, este debería ser empleado. En caso de realizar anestesia general, se deben tomar ciertos recaudos para evitar posibles complicaciones. El abordaje multidisciplinario debe ser tenido en cuenta en estas pacientes.

Conclusión: La técnica anestésica combinada espinal/epidural fue segura y eficaz para el caso presentado.

© 2016 Federación Argentina de Asociaciones, Anestesia, Analgesia y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ferpetetta@hotmail.com (M.F. Petetta).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.raa.2016.10.002>

0370-7792/© 2016 Federación Argentina de Asociaciones, Anestesia, Analgesia y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Petetta MF, et al. Manejo anestésico durante cesárea en una paciente con miocardiopatía dilatada. Reporte de caso. Rev Argent Anesthesiol. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.raa.2016.10.002>

KEYWORDS

Dilated
cardiomyopathy;
High-risk pregnancy

Anaesthetic management of caesarean section in patients with dilated cardiomyopathy. Case report

Abstract

Objective: Describe the anaesthetic management of caesarean section in patients with dilated cardiomyopathy.

Materials and methods: A 35 year-old pregnant woman in her 33rd week of gestation, with a history of dilated cardiomyopathy, and requiring delivery for complication of maternal disease. Combined spinal/epidural anaesthesia was performed.

Results: The patient suffered a hypotensive event during the operation due to the blood loss at the time of delivery. This event was handled successfully without the development of complications. The patient was admitted in the ICU and discharged after 72 hours.

Discussion: A neuraxial blockade should be performed whenever this is possible. In the case of general anaesthesia, some interventions should be taken to avoid possible complications. The multidisciplinary approach must be taken into in these patients.

Conclusion: The anaesthetic technique was safe and effective for this case presented.

© 2016 Federación Argentina de Asociaciones, Anestesia, Analgesia y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El manejo anestésico de una paciente obstétrica resulta un desafío para el anestesiólogo, aumentando la dificultad cuando presenta una patología cardiovascular.

La miocardiopatía periparto (MP) es una rara forma de insuficiencia cardíaca que afecta a mujeres durante el embarazo tardío o puerperio, con consecuencias potencialmente letales y de la cual no se cuenta con demasiada bibliografía respecto a su manejo anestésico. Su etiología es desconocida, aunque se ha sugerido una relación con la miocarditis, una respuesta inmunitaria anormal, anomalías de pequeños vasos y otros procesos; sin embargo, en ningún estudio se ha identificado con claridad una etiología precisa. No obstante, sí se han identificado factores de riesgo para esta entidad¹, entre ellos, la elevación de citocinas inflamatorias como factor de necrosis tumoral alfa e interleucina 6, la miocarditis, una respuesta autoinmune materna contra el miocardio al ser expuesta a células fetales y, finalmente, el remodelamiento e hipertrofia transitoria secundaria a la hipervolemia propia del embarazo².

Los factores de riesgo relacionados con la MP son: edad mayor de 30 años, multiparidad, embarazo múltiple, antecedente de preeclampsia, eclampsia o hipertensión posparto, anemia, consumo de cocaína y/o alcohol, y el uso prolongado de tocolíticos como la terbutalina por más de 4 semanas².

El diagnóstico de la MP se basa principalmente en los siguientes criterios:

- IC en el último mes de embarazo o en los primeros 5 meses posparto.
- Ausencia de una causa de insuficiencia cardíaca.
- Ausencia de una causa de IC antes del último mes de embarazo.
- Ecocardiografía que demuestre disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (VI) certificado por una fracción de

eyección del VI (FEVI) menor al 45% o una fracción de acortamiento disminuida^{3,4}.

La presentación clínica de la MP es similar a la insuficiencia cardíaca de cualquier causa y se puede asociar con una alta incidencia de tromboembolismo². Este cuadro clínico se puede pasar por alto debido a que puede tener síntomas similares a los de un embarazo normal, como la disnea. El tratamiento es similar al empleado en otros tipos de disfunción ventricular izquierda; sin embargo, a veces se requieren modificaciones del tratamiento estándar para la seguridad de la madre y del feto¹.

La vía del parto se elige de acuerdo con el impacto del estrés hemodinámico del mismo y el riesgo de morbimortalidad materno-fetal. Las condiciones en las cuales se recomienda una operación cesárea son la indicación obstétrica (presentación podálica, doble cesárea anterior, etc.) y las condiciones cardíacas con alto riesgo de compromiso sistémico durante un parto y sus consiguientes cambios fisiológicos hemodinámicos⁵.

La mortalidad de este proceso se encuentra en torno al 30-40%, habitualmente durante los 3 primeros meses posparto, aunque alrededor del 50% de las pacientes tiene una marcada mejoría de la función ventricular¹. Las causas usuales de muerte son el fallo cardíaco congestivo, las arritmias y el tromboembolismo. Se observa también que la mortalidad es más alta si la paciente comienza con una baja capacidad funcional y el antecedente de ser múltipara³.

El riesgo de presentar recurrencias en los siguientes embarazos se asoció a algunas variables, como volumen de fin de diástole del VI elevado, fracción de eyección (FEY) menor al 30% y/o falta de recuperación de la función del VI en un período posparto mayor a 6 meses⁵.

Presentamos el manejo anestésico de una gestante de 33 semanas, con diagnóstico de miocardiopatía dilatada del periparto sometida a cesárea por descompensación de su condición cardíaca.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5583692>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5583692>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)